



REGIONE ABRUZZO

AZIENDA A.S.L.02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

U.O.S.D. Screening del Cervico-Carcinoma e Citodiagnostica

P.O. LANCIANO

Tel. 0872-706308 Fax 0872-706459

e-mail: citologia.lanciano@asl2abruzzo.it

Allegato 4

Revisione 1.0  
Ottobre 2019

**Orari ritiro: lun-ven 11.30-12.30 ; mart e giov 15.30-17.00**

### Delega per il ritiro del referto

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (delegante)

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

#### DELEGA

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (delegato)

al ritiro del referto degli esami (clinici/strumentali/di laboratorio) relativi alla prestazione:

.....

da me effettuata, in data \_\_\_\_\_ presso:

Ospedale di \_\_\_\_\_

Unità operativa/Ambulatorio \_\_\_\_\_

Distretto \_\_\_\_\_ Unità Operativa/Ambulatorio \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELEGATO

**NB:** Per ritirare il referto, il delegato deve esibire un proprio documento di riconoscimento e quello (in originale o in copia) del delegante. Entrambi in corso di validità.

#### Regolamento (UE) 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che i dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Estremi del documento di riconoscimento:

carta di identità \_\_\_\_\_

patente \_\_\_\_\_

passaporto \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_

Rilasciato da: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_